

Dépassements d'honoraires, les vérités qui dérangent : mythes et réalités du tarif de remboursement et des honoraires

Dépassements d'honoraires, les vérités qui dérangent : mythes et réalités du tarif de remboursement et des honoraires médicaux!

"En raison des dépassements d'honoraires, les français ne peuvent plus se faire soigner : le reste à charge serait devenu inacceptable.

Comment en sommes nous arrivés là, pourquoi aucun politique n'a-t-il réussi à empêcher cette dérive tarifaire inacceptable ? "

Telle est la communication actuelle servie par la quasi totalité des médias et par des millions de nos concitoyens manipulés par la propagande et le phantasme, légitimement agacés par le sentiment d'être le dindon de la farce. Après avoir payé la sécurité sociale et la complémentaire santé, ils doivent payer les honoraires du médecin.

Tout cela en oubliant, finalement, que tout le système de financement n'a été créé que pour honorer les médecins et que, sans eux, le système n'existe pas !

Supprimer demain le secteur II c'est faire disparaître la chirurgie française libérale, qui assure 65 % des actes chirurgicaux !!!

A. Un petit point d'histoire conventionnelle, pas si nette ...

Assemblée Constitutive de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) en 1928 . Elle pose les bases de la médecine libérale autour de 5 principes :

- le libre choix du médecin par le malade
- le respect du secret professionnel
- la liberté de prescription
- le paiement à l'acte
- l'entente directe sur le prix entre le patient et le médecin.

Certains principes ont toutefois été progressivement remis en question.

En 1945 : création de la Sécurité Sociale par les ordonnances du 19 octobre 1945 (1) : des conventions départementales sont négociées dans chaque département avec les syndicats de médecins : le libre choix du médecin, paiement direct des honoraires, et le remboursement par les caisses sont actés.

Pour la première fois les tarifs sont négociés. La convention est négociée tous les 5 ans.

Les conventions suivantes, 1960-1966, sont toujours départementales .

Trois formes de dépassements d'honoraires sont autorisés pour attirer plus de médecins à adhérer à ces conventions :

- DF : dépassement, pour fortune du patient
- DN : dépassement pour notoriété du médecin
- DE : dépassement pour exigence de lieu et de temps par le patient

Plafonnement des tarifs par arrêté ministériel en 1960 mais, sur le terrain, les médecins continuent à garder leur liberté tarifaire.

En 1971 : La hausse rapide du nombre de médecins dans les années 1960, leur a fait craindre une diminution de leurs revenus, ce qui les a conduits à accepter la première convention nationale en 1971.

Scission au sein de la CSMF avec départ d'un groupe de médecins, qui crée la FMF ; ceux-ci

estiment qu'ils ne faut pas accepter d'aliéner les tarifs de remboursement aux tarifs pratiqués par les médecins.

Engagement des caisses (CNAM, CANAM, MSA) à faire évoluer régulièrement les tarifs des soins médicaux.

Pour la première fois, la convention lie de façon automatique tous les médecins, à l'exception de ceux qui manifestent individuellement leurs refus .

Les partenaires conventionnels s'engagent à revoir la nomenclature des actes servant à l'établissement des tarifs médicaux conventionnels.

La convention est signée pour 4 ans, les tarifs doivent être revus tous les ans par arrêtés. En raison d'une non évolution tarifaire, pour un certain nombre de médecins avec des "qualités particulières" n'adhérant plus à la convention, un accord national crée une option de secteur : le Dépassement Permanent. Il s'agit d'un "dépassement tarifaire" bénéficiant des mêmes avantages que les tarifs "opposables " : cotisation sociales, remboursement pour le patient dit "Secteur I avec DP".

Mise en place d' un numerus clausus cette année là.

La deuxième convention nationale (1976, 1980) fait apparaître pour la première fois la notion de tiers payant pour les actes lourds effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé. Un arrêté de 1979 envisage l'expérimentation de formes nouvelles de distribution des soins.

La troisième convention (1980-1985) est signée en faisant apparaître un nouveau secteur d'exercice devant l'impossibilité des Caisses d'Assurance Maladie de valoriser les honoraires. Ce nouveau secteur est une évolution du secteur avec DP, qui est fermé pour les nouveaux médecins libéraux. Ce secteur dit à "honoraires libres", ou deuxième secteur d'exercice, autorise tous les médecins qui le souhaitent à pratiquer leurs honoraires avec "tact et mesure".

Le 29 mai 1980 : le secteur II est créé pour permettre une évolution des tarifs alors que le tarif de remboursement (opposable) ne peut pas évoluer comme l'inflation (8-12%/an). Le choix du secteur doit toujours être possible.

Les médecins du secteur II renoncent aux avantages sociaux du secteur I. Avantages sociaux du secteur I qui représentent plus de 2 milliards d'euros à la sécurité sociale en 2011.

Mise en place de nouvelles instances locales de régulation conventionnelle pour la maîtrise des dépenses.

Création en 1986 du syndicat MG-France et du syndicat SML.

Le médecin de secteur II a le choix entre cotisation assurance maladie auprès de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) : 11% de son bénéfice ou auprès du RSI (Régime Social des Indépendants) 5,9 % de son bénéfice, avec un plafond à 185 000.

Le médecin de secteur I cotise 0,11 auprès de la CPAM, la différence étant prise en charge par la CPAM dans le cadre de la convention médicale .

Contre toute attente et par surprise estivale, la convention de 1990 a organisé des conditions d'accès plus restrictives au deuxième secteur d'activité : il faut désormais que les praticiens soient détenteurs de certains titres (par exemple : ancien chef de clinique des universités ou encore ancien assistant des hôpitaux généraux).

Le choix du secteur ne peut se faire qu'au moment de la première installation. Cette réalité "sélective" est toujours en vigueur (article 35.1 de la convention médicale de juillet 2011. (8)

En août 2004(9) : création d'un Dépassement Autorisé pour rechercher une valorisation

tarifaire du tarif opposable obsolète (DA) .

Dans le cas où le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonné tel qu'il est défini, le médecin conventionné en secteur I peut facturer un dépassement « autorisé ».

Ce DA ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5% du tarif opposable.

Le 24 août 2004 : les syndicats signent un accord conventionnel sous la pression des chirurgiens qui menacent de quitter le territoire national pour permettre aux anciens CCA et Assistants enfermés dans le secteur I de pouvoir choisir à nouveau le secteur à honoraires libres (secteur II). Cet accord ne sera jamais appliqué .

(9). Les signataires du présent s'engagent à mettre fin, au plus tard le 30 juin 2005 et toutes spécialités confondues, à la problématique des anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, anciens assistants des hôpitaux spécialisés, praticiens-chefs de clinique ou assistants des hôpitaux militaires, praticiens temps-plein hospitaliers, dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984 qui ne peuvent actuellement disposer d'un choix de secteur d'exercice, en leur rendant ce choix.

Après plusieurs tentatives pour créer un secteur optionnel, la dernière convention a maintenu les équilibres Secteur I et Secteur II lors de sa signature en juillet 2011.

Le secteur II a été créé pour permettre une évolution tarifaire rendue impossible par le décalage grandissant entre l'inflation et le tarif opposable.

Les honoraires des médecins secteur II, supérieurs au tarif de remboursement, sont la conséquence de l'incapacité des caisses à faire évoluer le tarif opposable !

Le syndicat " le Bloc ", réunissant l'UCDF, l'AAL et le SYNGOF, a été créé en 2010. Ses excellents résultats aux élections professionnelles des URML lui ont permis de participer légitimement aux discussions conventionnelles.

Il a refusé de signer la dernière convention devant l'absence de revalorisation du tarif opposable et l'absence de réouverture du choix de secteur pour les médecins bloqués en secteur I, et du non respect de l'accord d'août 2004.

Il s'est élevé contre le paiement à la performance, qui est une attaque sans précédents, de l'indépendance professionnelle.

B .L'entreprise médicale : une entreprise plus complexe qu'il n'y paraît :

Le médecin libéral est une "entreprise artisanale " avec sa logique économique propre, méconnue.

Ainsi un cabinet de consultation revient à 75 € de l'heure : secrétariat, loyer, informatique, charges, remboursement ,assurances...

Si un médecin de secteur I reçoit 3 patients/heure à 23 € , il ne peut que payer ses frais!!!

Au bloc opératoire le chirurgien a des frais supplémentaires : une salle, du matériel, une assurance responsabilité civile propre pour ses activités, charges...son coût horaire de fonctionnement est de 125€/h.

Pour l'ablation d'un cancer du testicule qui dure 1h30 , coût pour l'entreprise chirurgicale 200 € , le tarif sécu est de 96 €. Perte au tarif opposable de 104 €. (11)

Césarienne JQGA004 : temps opératoire "table à table": 2 h / tarif SS : 313,50 €.

Gain au tarif opposable 50 € pour 2 h de travail.

Pour l'anesthésiste : 241,37 € soit un bénéfice < 100 € pour prendre en charge la mère et l'enfant .

Hystérectomie : ablation utérus : 300 €, temps opératoire 3 h: gain au tarif de remboursement : 0 € // soit moins que hystérectomie d'une chienne pratiquée par le vétérinaire : 300-500 €.

Néphrectomie élargie laparotomie : temps opératoire : 4 h / Tarif SS 460 € : perte au tarif opposable : 140 €.

Ainsi un chirurgien libéral devra-t-il facturer a ses patients au moins 150 € de l'heure au bloc et 100 € l'heure de consultation pour gagner pour lui 25€ .

Les tarifs techniques, eux, n'ont pas évolués depuis des années (12,5% en août 2004 , sur certains actes) : sans honoraires complémentaires il est très difficile de rentabiliser une activité opératoire.

C. Des tarifs de la sécurité sociale notoirement insuffisants :

En 41 ans , le prix de la baguette de pain a été multiplié par 59, celui du beefsteak par 12, celui du paquet de Gauloises par 13.

En 42 ans, le prix de la consultation médicale a été multipliées par 24.

En 45 ans, le prix de la place de cinéma à Paris a été multiplié par 59, celui du ticket de métro par 30 et celui du litre d'essence par 12.(INSEE, 10).

En 1970. La consultation de médecine générale valait 16,67 Frs (3 places de ciné), celle du spécialiste 28 Frs (4,5places de ciné), la place de cinéma était à 6,23 Frs , le SMIC horaire à 3,27 Frs, l'inflation était de 10%.

En 1985 une consultation de médecine générale valait 72,83 Frs (11,20 €), celle d'un spécialiste 110 Frs(17 €) le SMIC horaire valait 26frs (4€), la place de cinéma 27 Frs

En 2005 la consultation de spécialiste passait à 23 €.

En 2012 la consultation est toujours à 23 €, alors qu'elle était à 125 Frs (19 €) en 1988.

Toujours en 2012, la place de cinéma vaut 10 € comme le SMIC horaire , une consultation vaut 2 h de travail alors qu'elle en valait presque 5 en 1988 !

Si le tarif de la consultation avait évolué comme promis, comme l'inflation et l'heure de travail, la consultation de médecin spécialiste vaudrait plus du double entre 50 et 60 € , plus besoin alors de dépassement d'honoraire (honoraire complémentaire). Le tarif de consultation des médecins à honoraires libres est aujourd'hui de 35 € !!! (50 % de dépassement du tarif de remboursement)

Rappelons que la majoration pour une urgence de nuit est de : 25,15 € (lettre U) et la majoration du dimanche et jours fériés est de 19,06 € (lettre F)

D. Les vrais chiffres du montant des dépassements d'honoraires appelés aussi Honoraires Complémentaires (HC) et Honoraires Complémentaires Chirurgicaux (HCC) : bien peu de chose en terme d'enveloppe financière

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 234,1 milliards d'euros en 2010, soit 12,1 % du produit intérieur brut (PIB).

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les 3/4, atteint, pour sa part, 175 milliards d'euros et s'élève à 2 698 € par habitant.

En 2010, les 3/4 de la CSBM sont financés par la Sécurité Sociale. Le onzième est à la charge

des ménages, en légère diminution par rapport à 2009.(13,14)

Sécurité Sociale de base 75,8 % : 2025 €

Organismes complémentaires 13,5 % : 370 €

(Mutuelles 7,5 %, Sociétés d'assurance 3,6 %,Institutions de prévoyance 2,5%)

Ménages 9,4 % : 253 €

Les français dépensent chaque année : 2700 € pour leur santé dont :

- 2000 € pour la SS dont 7% de frais de gestion.
- 470-550 € pour leurs complémentaires , qui gardent 100 -150 € de frais de gestion,
- reste à charge : 245 €
- les honoraires complémentaires toutes spécialités représentent 33 € /habitants dont 6 € pour les dépassements chirurgicaux.

les honoraires des médecins : 20 milliards représentent 12 % des dépenses de santé.

Le chiffre d'affaires (CA) des médecins libéraux toutes spécialités (Médecins Généralistes, Médecins spécialistes) représentent 20,9 Milliards d'€, dont 2.5 milliards d' HC (10%) en 2010 (12) 1,4 % des dépenses de santé, les hono représentent : 400 millions d'€ . Ces honoraires complémentaires, au tarif de remboursement insuffisant ,représentent 17% des honoraires des spécialistes et 32% des honoraires des chirurgiens (15).

Mais finalement les honoraires complémentaires chirurgicaux représentent seulement :

- 0,2 % des dépenses de santé.
- le chiffre d'affaire du Réal Madrid (450 millions d'€)
- 2 fois de chiffre d'affaires du Club Olympique Lyonnais (211 millions)
- 2 mois et demi d'entrées du Cinéma Français (1,15 milliards/an)
- 7 jours de Jeux (française des jeux, casinos) (57 millions/jour). 310 €/habitants
- 5 jours de la consommations de tabac des Français.
- 1,5 mois des transports sanitaires (3,5 milliards)(12)
- 10 transferts de jouer de foot.
- 6 € par français et par an.
- 1 place de cinéma ou un paquet de cigarettes par français et par an.
- 1,1 % des complémentaires santé.

Les honoraires complémentaires augmenteraient de 1-2 points/ an depuis 10 ans selon la CNAM, ce qui correspond à l'inflation. Selon l' IGAS cela ne fait que 0,5 % par an, soit bien moins que l'inflation.

En 2007, d'après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), ils s'élevaient à 2 milliards d'€ . Le niveau moyen du dépassement est passé de 23 % du tarif de la Sécurité Sociale en 1985 à 56 % en 2011.

En 2010, 1 médecin sur 4, en moyenne, exerce en secteur à honoraires libres¹ et facture des compléments d'honoraires aux tarifs conventionnels. Cette proportion est nettement plus élevée parmi les médecins spécialistes² avec plus de 4 médecins sur 10.

On observe, en outre, d'importantes variations selon les spécialités considérées : une très large majorité des chirurgiens libéraux (85%) exerce en secteur 2.(15)

Depuis 1985, le niveau des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes n'a cessé de progresser : par rapport au tarif opposable, le dépassement moyen facturé est ainsi passé de 25% à 54% entre 1990 et 2010. Cette augmentation a été la seule réponse possible à la non valorisation du tarif de remboursement et elle a permis de compenser partiellement l'inflation et l'augmentation des charges professionnelles.

Cette augmentation, particulièrement marquée entre 1995 et 2005, a enregistré un ralentissement depuis lors.(15).

En 2011 : les honoraires complémentaires atteignent 2,4 milliards d'euros.(15)

3 900 chirurgiens libéraux exerçant en secteur 2 facturent «en moyenne » 56% de plus que le tarif opposable. Mais, pour 10% d'entre eux, soit 400 chirurgiens environ, le taux de dépassement s'élève à 10% seulement tandis qu'à l'autre extrême, la même proportion de chirurgiens facture en moyenne 240% de dépassements à leurs patients. (15).

E.La réalité du reste à charge :

Le reste à charge est de 245 € par habitant, auquel il faut rajouter les 100 € ou 150 € de frais de gestion des complémentaires santé, soit un reste à charge de 300 à 400 € où les honoraires libres des médecins représentent 33€ ou 6 € en chirurgie.

F.La réalité de l'accès aux soins selon la CNAM :

- les honoraires pratiqués par les médecins secteur II sont en moyenne supérieurs de 50% du tarif de remboursement, soit 35 € la consultation au lieu de 23 € !
- statistiquement, seuls 280 médecins ne respecteraient pas, le tact et la mesure
- selon les spécialités, 40 à 60 % des actes des médecins de secteur II seraient au tarif de remboursement sans dépassement
- quelque soit le département et la spécialité, il y a toujours une offre de soin au tarif de remboursement, en secteur I
- plus de 55 % des prothèses de hanche sont posées au tarif de remboursement
- plus de 85% des appendicectomies sont réalisées au tarif de remboursement
- plus de 7 millions de patients CMU, CMU-C, AME sont pris en charge par les médecins de secteur II au tarif de remboursement, auxquels vont se rajouter les 4 millions de patients ACS (Aide acquisition complémentaire santé).

G. La réalité trouble des Complémentaires Santé :(13-14-15-16)

Le chiffre d'affaires des Complémentaires Santé est passé de 17 milliards d'€ en 2001 à 36 milliards en 2012 dont 7 milliards de frais de gestion.

Un an de CA des Complémentaires Santé représentent presque un siècle d'Honoraires Complémentaires Chirurgicaux!!!!

La loi HPST vient compléter la loi de 2004 pour offrir une aide financière allant de 265 € à 600 € à 4 millions de Français, soit plus d'1 milliards d'€ de plus pour les complémentaires santé.

Les Organismes Complémentaires prennent à leur charge 13,5 % des 175 milliards de dépense de santé : 23 milliards, soit 370 €/ habitant.

En 2009 il existait 880 organismes intervenant en Complémentaires Santé : 109 société d'assurance, 35 instituts de prévoyance, 735 mutuelles.

En 2009, le financement de la dépense de soins et de biens médicaux se répartit de la manière suivante (14) :

- Sécurité Sociale : 75,5 %, correspondant à 132,7 milliards d'euros en 2009 ;
- Organismes Complémentaires : 13,8 %, correspondant à 24,3 milliards d'euros ;
- Ménages : 9,4 %, correspondant à 16,4 milliards d'euros ;
- Etat (au travers de la CMU et de l'Aide médicale d'Etat) : 1,3 %.

Le marché de l'assurance santé en France se porte bien, selon les chiffres diffusés au mois d'avril par le Fonds de financement de la CMU. Avec 29 milliards d'euros de cotisations et primes émises en 2008, le « chiffre d'affaires » est en progression de près de 6% en un an. Le décalage entre le chiffre d'affaires (30,5 milliards) et le financement des soins (24,3 milliards) correspond aux frais de gestion, d'un montant de 6,15 milliard en 2009, soit 20 % de frais de gestion.

Évolution des complémentaires santé : + 5% /an soit un chiffre d'affaires de :

-2010 / CA : 32 milliards dont 6,5 milliards de frais de gestion.

-2011 / CA : 33,6 milliards 6,7 milliards de frais de gestion.

-2012 / CA : 35,28 milliards, dont 7 milliards de frais de gestion.

Le chiffre d'affaires des entreprises de l'assurance santé complémentaire (mutuelles, assureurs privés, institutions de prévoyance) a progressé de plus de 14% en 2010 selon certaines publications, soit un CA supérieur à 40 milliards en 2012.

H. Conséquences d'une suppression du secteur à honoraires libres :

L'assurance-maladie dépense 2 milliards d'euros par an pour prendre en charge les cotisations des médecins libéraux des secteurs I.(12)

Si tous les médecins de secteur II passent obligatoirement en secteur I, les cotisations sociales prisent en charge augmenteront de 600 à 800 millions d'€.

Les médecins de secteur II réalisent 20 % d'actes en moins. En passant en secteur I, ces médecins devront augmenter le nombre d'actes pour maintenir leur chiffre d'affaire, pour payer leur salarié et maintenir leur revenus.

Plusieurs milliers de médecins partiront à la retraite ou cesseront leur activité, aggravant le déficit d'offre de soin.

I. Les évolutions sociales et législatives qui vont encore fragiliser les entreprises médicales libérales :

Un certain nombre de mesures fragilise encore les entreprises libérales :

-encadrement ou fermeture du secteur II .

-discussion de la Cour des Comptes pour supprimer la prise en charge des cotisations sociales des médecins de secteur I, aujourd'hui 0,1 %. Elles risquent ainsi de passer à 11%.

- diminution du point retraite cet été : perte de 20 %

- augmentation des charges sociales du RSI , aujourd'hui 5,9%, plafond à 185 000 €, demain les cotisations pourraient passer à 11% et le plafond devrait être supprimé.

- augmentation de la CSG aujourd'hui 8 %, demain 10-12 % ?

- Sanction pour la non télétransmission (objectif 75%), max : 15000 €/an.

- tiers payant pour les 4 millions de patients bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qui viendront se rajouter aux 7 millions de CMU, CMU-C, et AME. Soit 11 millions de tiers payants.

Cette année, la Cour des Comptes a publié : "La prise en charge des cotisations sociales des libéraux est un joli cadeau sans contrepartie", oubliant les accords des premières conventions !!!

L'assurance-maladie dépense 2,2 milliards d'euros / an pour prendre en charge les cotisations des médecins libéraux . Une « contribution substantielle aux revenus », note la Cour.

Pour les médecins de secteur 1, cela représente 18 % de leurs revenus en 2008. Mais il n'y a

pas de contrepartie réelle en termes de facilité et d'équité d'accès aux soins, dénonce-t-elle. Elle recommande donc de recentrer le dispositif sur l'objectif d'une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire, en le modulant en fonction de la zone d'installation.

Article 5 de la convention médicale de Juillet 2011 : Le tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS

Les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale sont dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

Cette procédure dite de « tiers payant social » contribue à l'amélioration de l'accès aux soins et à la lutte contre les inégalités en permettant aux assurés qui rencontrent des difficultés financières de bénéficier de la dispense d'avance de frais.

Les assurés bénéficiaires de ce dispositif d'aide se voient remettre par l'organisme d'assurance maladie dont ils dépendent une attestation de tiers payant social.

La dispense d'avance des frais est donc accordée systématiquement par le médecin, dans le cadre du parcours de soins, aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation de tiers payant social, soit sur la base de l'information mise à disposition via les téléservices de l'assurance maladie.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les partenaires conventionnels constatent qu'actuellement, dans 74 % des cas, les assurés bénéficiaires de l'ACS se voient offrir la dispense d'avance des frais par leur médecin traitant. L'assurance maladie s'engage à informer l'ensemble des médecins, et tout particulièrement les médecins traitants, des droits à la dispense d'avance des frais pour les bénéficiaires de l'ACS.

Les Commissions Paritaires locales sont tenues régulièrement informées de la progression du taux de tiers payant.

Article 6 : Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés

Les médecins amenés à facturer les actes suivants particulièrement coûteux pratiquent la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux.

La dispense d'avance des frais s'applique aux actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale.

Cette exigence de seuil est supprimée pour les malades exonérés du ticket modérateur ou assimilés.

Article 7 : Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte, suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance de frais.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Conclusion :

La suppression, aujourd'hui, du secteur honoraires libres sans valorisation notable du tarif de remboursement est une mesure qui anéantira la médecine libérale française, en particulier au niveau des blocs opératoires, où 75 % des médecins sont en secteur II. Les politiques qui feront ce choix devront en assumer les conséquences.

Dr Didier Legeais
Chirurgien urologue secteur II
Président du Syndicat des Médecins de l'Isère
Vice-président du CDOM de l'Isère
Membre du conseil d'administration du Syndicat National des Urologues Français
Vice-président de l'Union Des Chirurgiens De France
Ancien président national de l'ISNIH et de l'INSCCA.

Sources :

1. Ordonnance du 19 octobre 1945
2. Décret n°60-451 du 12 mai 1960, modifié par le décret n°66-21 du 7 janvier 1966.
3. Loi n°71-525 du 03 février 1971
4. Arrêté du 29 octobre 1971
5. Arrêté du 30 mars 1976 : approbation de la convention nationale des médecins du 03/02/1976. (Tarifs des honoraires ; annexes I & II). JO du 1er avril 1976
6. Arrêté du 2 mai 1979 : approbation de l'avenant n° 5 à la convention nationale des médecins, visant à modifier l'annexe à la convention nationale du 03-02-1976 et fixant les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. JO du 6 juin 1979.
7. Arrêté du 5 juin 1980 : approbation de la convention conclue entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération des médecins de France. JO du 6 juin 1980
8. Article 35.1 de la dernière convention de juillet 2011.
9. la loi du 13 août 2004 (respect du dispositif du médecin traitant)
10. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip483.pdf. DU BLOCAGE DES PRIX VERS LA DÉRÉGLEMENTATION
11. Codage CCAM. <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>
12. Rapport de la cour des comptes 2012.
13. INSEE : dépense de santé en 2010, Source : Drees, comptes de la santé
14. FHP. Complémentaires santé : <http://documentation.fhp.fr/documents/16476S.pdf>
15. DREES. Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001. Études et résultats N° 299, mars 2004
16. Publié le 1er mars 2004, Philippe ROUSSEL - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
17. Médecins exerçant en secteur 2 en 2010 - Assurance Maladie - 17 mai 2011